№ 12 WARSZAWA, GRUDZIEŃ 1932 ROK IV.

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Prenumerata roczna Zł. 10.— Numer pojedynczy Zł. 1.50



Promonta

WYRÓB KRAJOWY

Ponad 75 prac doświadczalnych i klinicznych dowodzi, że **PROMONTA powoduje wzmożenie substancyj lipoidowych centralnego systemu nerwowego, wzmaga produkcję przeciwciał, powoduje nagromadzenie ciał azotowych i poprawia warunki resorbcyjne jelit.** Dzięki Promoncie obniża się nadmierna pobudliwość centralnego systemu nerwowego.

Te właściwości charakteryzują Promontę jako

SPECYFIK W STANACH WYCZERPANIA NERWOWEGO

i we wszystkich schorzeniach, związanych z objawami nerwowymi.

PROMONTA

Próby i literaturę wysyła na żądanie WPP. Lekarzy

FABRYKA CHEMICZNA PROMONTA

Bielsko (Śl.)

№ 12. WARSZAWA, GRUDZIEŃ 1932 ROK IV

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Dr. Med. HORWATT EUGENJUSZ (Warszawa).

WSTRZĄŚNIENIE MÓZGU. *)

Lekarz Pogotowia zarówno jak lekarz praktyk spotyka się bardzo często z obrażeniami głowy, zwłaszcza wobec wzmagającego się ruchu samochodowego i motocyklowego. Z pośród tych obrażeń najważniejsze są te, które naruszają mózg. Względnie rzadkie przypadki włamania czaszki lub otwarte rany mózgu zarówno co do rozpoznania jak i co do postępowania z chorym nie nastręczają trudności — chorzy tacy po opatrunku zostają przewiezieni do zakładów leczniczych. Znacznie jednak częstsze są przypadki, gdzie obrażenia zewnętrzne są nieznaczne lub też brak ich zupełnie a mamy przed sobą groźne zaburzenia czynności mózgu, a nawet śmiertelne zmiany. Zaliczamy tu wstrząśnienie mózgu (W. M.) stłuczenie mózgu (stł. m.) i ucisk mózgowy (ucisk m.).

Wielkie znaczenie zespoły te mają nie tylko dlatego, że dotyczą centralnego układu nerwowego, lecz też i z tego względu, że przy rozpoznawaniu można tu napotkać szereg trudności, niekiedy bardzo znacznych. Wystarczy wspomnieć o nie tak rzadkiej sytuacji, kiedy mamy przed sobą pijanego, nieprzytomnego, po urazie głowy, który wymiotował; rozstrzygnąć, czy jest to tylko pijany, czy też w następstwie urazu są zmiany w mózgu, może tylko dalsze spostrzeganie. Nawet w przypadkach nie tak złożonych odgraniczenie ścisłe poszczególnych zespołów możliwe jest tylko w czystych postaciach, rzeczywistość jednak obfituje w obrazy mieszane.

Czystą postać W. M. widujemy po urazie głowy, zadanym z odpowiednią siłą narzędziem tępem twardem, po upadku z wysokości.

*) Referat wygłoszony na posiedzeniu naukowem lekarzy Pogotowia Ratunkowego

W. M. może dołączyć się też do każdego obrażenia czaszki i jej zawartości, naprzykład do złamań podstawy czaszki, rzadziej do jej postrzałów, wtedy jednak kliniczny obraz odpowiadający tym obrażeniom jest zatarty przez w. m. Jako najpospolitsze przykłady urazu, który może powodować w. m. mogą służyć — upadek jeźdźca z konia na trawę, knockout w boksie przy uderzeniu w szczękę, uderzenie pałką gumową używaną przez policję; klasyczny przykład stanowi ulubiony przez amerykańskich włamywaczy chwyt — uderzają po głowie workiem w kształcie kiełbasy, wypełnionym piaskiem, obrażeń zewnętrznych brak, uderzony bez słowa pada nieprzytomny i potem nic nie może sobie przypomnieć.

Jak z tych przykładów widać, w czystych postaciach w. m. silny, nagły uraz działa na szeroką powierzchnię swobodnie poruszającej się czaszki, brak naogół obrażeń powłok i kości czaszki, uraz tylko na krótką chwilę deformuje ją. Bezpośrednio po urazie występuje charakterystyczny objaw w. m. — natychmiastowa utrata przytomności, uległy urazowi pada jak rażony piorunem, jako rzadki wyjątek może się zdarzyć, że robi parę kroków, przy lżejszych urazach mogą wystąpić pewne zwiastuny w. m., np. lekkie objawy podrażnienia lub porażenia różnych części mózgu, krótkotrwałe lekkie zaburzenia świadomości, zaburzenia ze strony narządów zmysłów (wzroku, słuchu, powonienia, smaku).

Lecz o w. m. można mówić dopiero wtedy, gdy nastąpiła zupełna utrata przytomności, odpowiadająca ciężkości w. m. od lekkiego aż do najcięższego stopnia śpiączki. Do tego dołączają się również w stopniu zależnym od ciężkości w. m. tak zw. ogólne objawy ze strony rdzenia przedłużonego, dotyczące zachowania się tętna, ciśnienia krwi, oddechu, zabarwienia twarzy i powłok, wymiotów. Mówimy o przypadkach lekkich, średnio ciężkich i ciężkich, chociaż ścisła schematyzacja jest niemożliwa.

Przeważna większość przypadków w. m. należy do lekkich. Często można je zaobserwować u dzieci, które stoczą się z łóżka na głowę lub spadną z krzesła. Dziecko leży blade nieprzytomne, wymiotuje, tętno wolne, czasem nieregularne, to są nieliczne występujące objawy.

Jeśli zostanie zawezwany lekarz, to ma zwykle przed sobą tylko stan po w. m.: dziecko już przytomne, wymioty mogą trwać nawet parę dni, czasem występuje podniesienie ciepłoty.

Podobny obraz mamy przy urazach lekkich i średnio ciężkich, jak uderzenie w głowę tępem narzędziem, uderzenie głową o ziemię przy upadku wskutek potknięcia się, przy upadku na ślizgawce, w boksie i td. Uległy urazowi wskutek utraty przytomności pozostaje nieruchomo leżeć lub jeśli stał kolana mu się uginają, ciało się załamuje i pada; twarz blada, powieki przeważnie się zamykają, wzrok bez wyrazu, odruchy nie znikają całkowicie, oddech powierzchowny i wolny, rzadziej pogłębiony i nieregularny; tętno przeważnie napięte i zwolnione — 40 — 50 na minutę lub nawet mniej, ciśnienie krwi lekko podniesione, początkowo tętno może być przyśpieszone i małe; po paru głębszych oddechach mogą nastąpić wymioty; utrata przytomności może trwać kilka sekund, minut, rzadziej dłużej.

Przy urazach o dużej sile, jak np. upadek z wysokości, upadek przy wyskakiwaniu z pociągu w ruchu, objawy są te same tylko stopień ich nasilenia jest większy. Chory leży jak bezwładna masa, twarz zupełnie blada, zapadła; powieki zamknięte, po rozwarciu ich zobaczymy, że gałki są ustawione nieruchomo, źrenice przeważnie wązkie, rzadko lekko rozszerzone, często niejednakowe, reagują leniwie, niejednakowo lub wcale nie reagują; odruchu spojówkowego i rogówkowego może nie być. Powłoki są zimne pokryte potem. Tętno w przeciwieństwie do średnio ciężkich przypadków rzadziej zwolnione, częściej przyśpieszone, małe, nieregularne, nitkowate, przyśpieszenie tętna jest niepomyślną nawet groźną oznaką. Napięcie mięśniowe zniesione, ręka uniesiona opada jak porażona. Odruchy skórne, ścięgniste, okostnowe, ze śluzówek są zniesione, czasem zachowany jest odruch połykania. Oddech zwol-

niony, powierzchowny, nieregularny, czasem charczący; na początku może wystąpić bezdech trwający nawet minuty; w śmiertelnie kończących się przypadkach występuje czasem oddech Cheyne-Stokesa. W ciągu pierwszych godzin chory długo i wielokrotnie wymiotuje, może nastąpić oddanie kału, moczu, nasienia, w innych przypadkach występuje zatrzymanie kału i moczu, w cewnikowym często znaleźć można białko i cukier. Z dalszych objawów — ciśnienie krwi jest zwykle lekko podniesione, w przypadkach z niepomyślnem rokowaniem spadek poniżej normy. Podobnież przy nakłuciu lędźwiowem znajdywano wkrótce po urazie podniesienie ciśnienia do 330 mm. słupa wody; w czystym w. m. płyn jasny. Ciepłota ogólna lekko obniżona, w okresie późniejszym przeważnie wzniesienia do 38°, trwające kilka dni.

Rzadkie najcięższe przypadki kończą się śmiertelnie wśród objawów porażenia wszystkich ośrodków rdzenia przedłużonego, głównie nerwu błędnego (tętno, oddech, ciśnienie krwi, naczynio-ruchowe). W pomyślnych przypadkach śpiączka trwa godziny i dnie całe.

Odzyskanie przytomności następuje różnie, zależnie znów od ciężkości w. m. Tam gdzie utrata przytomności trwała krótko, odzyskanie jej następuje przeważnie szybko; chory otwiera oczy, wraca zabarwienie twarzy, oddech staje się spokojniejszy, głębszy, tętno wraca do normy, chory odczuwa ból głowy, zwłaszcza w miejscu urazu, szum w uszach zawroty głowy, osłabienie, niekiedy wymiotuje więcej nawet niż w okresie śpiączki. Dolegliwości te szybko znikają, chory chce wrócić do zwykłych swoich zajęć, z trudnością daje się utrzymać w spokoju na zlecenie lekarza. W innych przypadkach pozostaje osłabienie, łatwe męczenie się zwłaszcza przy pracy umysłowej, jednak i te dolegliwości naogół z czasem znikają.

Jeśli chodzi o przypadki cięższe, to odzyskanie przytomności po długotrwałej śpiączce następuje zwykle powoli w przeciągu godzin lub dni, kiedy chory znajduje się jakby w półśnie. Krążenie i oddychanie wracają powoli do normy, chory odzyskuje ciepłotę ciała. W jednych przypadkach jest mrukliwy, płaczliwy, w innych jeszcze przed całkowitym powrotem do świadomości występuje okres podniecenia; oczy błyszczą, skóra czerwona, ciepłota podniesiona, tętno przyśpieszone, twarde, powstaje niepokój ruchowy; podniecenie może się potęgować aż do delirium i urojeń prześladowczych. Powstaniu takich stanów podniecenia sprzyja spożycie alkoholu przed urazem.

Po zupełnym powrocie do świadomości występuje znamienna dla w. m. niepamięć wsteczna. Po ciężkich w. m. występuje zawsze, po lekkich prawie zawsze, jest tak typowa, że tam gdzie jej brak nie było prawdopodobnie żadnego w. m. Niepamięć wsteczna obejmuje okres czasu przed urazem tem większy im dłużej trwała śpiączka, ta luka pa-

mięciowa może się z czasem zmniejszyć po upływie dni lub tygodni, przyczem wspomnienia z okresu czasu bliższego urazowi wracają na końcu.

W jednym przypadku młoda kobieta została potrącona przez samochód. Szofer powiózł ją do pobliskiego ambulatorjum myśląc, że wiezie trupa, z czego można wnioskować, że była nieprzytomna. W ambulatorjum była już zupełnie przytomna, nie mogła jednak powiedzieć skąd szła, dokąd i poco, zdziwiła się nawet gdy jej powiedziano, iż szła w towarzystwie brata. Była lekko podniecona, skarżyła się na ból głowy i kolana potłuczonego przy upadku. Brak było zewnętrznych obrażeń głowy.

Niepamięć może obejmować także okresy czasu po odzyskaniu przytomności, t. zw. amnesia anteretrograda. Zupełnie zdawałoby się przytomny chory prowadzi rozmowy i nie wie potem nic o tem, nie poznaje lekarza, który przychodzi do niego już poraz drugi po odzyskaniu przez niego przytomności. Mogą nawet wystąpić stany zamroczenia, kiedy chory podejmuje swoją przerwaną pracę tak jakby się w międzyczasie nic nie stało i potem nic nie może sobie przypomnieć z tego co czynił.

Wspomnieć jeszcze należy o zaburzeniach psychicznych, które wystąpić mogą bezpośrednio po w. m., dając obraz psychozy kommocyjnej, czasem pod postacią podobną do typowego zespołu Korsakoffa. Częste są także nerwice kommocyjne. Te schorzenia pourazowe są częste u bokserów, wg. *Martlanda* połowa walczących w przeciągu lat bokserów musi być skierowaną do zakładów wskutek tych schorzeń, które (te schorzenia) mogą nawet postępować. Przyczyną tych organicznych zaburzeń po w. m. uważane mogą być liczne wybroczyny do mózgu. (Gerhartz). *Mann* obserwował często po w. m. (względnie stł. m.) zespół objawów, który uważa za pomocny do wykazania organicznych uszkodzeń mózgu i wyłączenia czysto psychopochodnych objawów. Zespół ten obserwował on najwyraźniej po ustąpieniu ogólnych objawów w. m., w czasie późniejszem objawy przeważnie cofały się do pewnego stopnia. Należą tu: 1. utrudnienie spojrzenia w jedną stronę, połączone czasem z zaczerwienieniem twarzy, odczuwane również podmiotowo; 2. — chwianie się w stronę utrudnionego spojrzenia przy staniu z zamkniętemi oczyma; 3. — odchylenie kończyny górnej odpowiedniej strony przy ruchu wskazywania (Zeigeversuch) przeważnie na zewnątrz. 4. — brak normalnych ruchów wahadłowych odpowiedniej ręki przy chodzeniu, ręka trzymana sztywno; 5. — upośledzenie słuchu po odpowiedniej stronie; 6. — osłabienie po tej samej stronie odruchu rogówkowego i ze śluzówki nosa; 7. — wzmożona ogólna pobudliwość naczynio-ruchowa.

Mann uważa, iż zespół ten jest wyrazem zaburzeń w koordynacji i wyraża przypuszczenie, że jest to objaw ogniskowy ze strony corpus restiforme.

Zestawiając główne momenty rozpoznawcze w. m. powiemy, iż rozpoznanie opiera się na natychmiastowej utracie przytomności, odzyskaniu jej w krótszym lub dłuższym czasie i pozostaniu niepamięci.

Przyczyna powstania tego zespołu nie jest całkowicie wyjaśniona.

Przedewszystkiem musi być wzięty pod uwagę czynnik mechaniczny nagłego wstrząśnienia, gdyż w przypadkach gdzie gwałtowny nawet uraz działa na spoczywającą mocno na podłożu czaszkę, objawy w. m. nie występują. Znane są przypadki, kiedy dziecko zostało przejechane przez głowę przyczem nie wystąpiły objawy w. m. Z drugiej strony te objawy powstają szczególnie często przy swobodnie poruszającej się głowie, wtedy gdy czaszka pozostaje nienaruszona, podczas gdy objawów tych brak tam, gdzie części kostne przejmują uraz i poddają się n. p. przy uderzeniach ostrym narzędziem.

W obserwowanym przed rokiem przypadku, kobieta, po urazie głowy jakiemś narzędziem metalowem, które spowodowało dwie duże ra-

ny tłuczone ze złamaniem sklepienia czaszki, nie tylko że nie straciła przytomności, lecz krzyczała i goniła zbrodniarza, który ją napadł.

Co do działania mechanicznego czynnika wstrząsania na mózg, są liczne teorje. Przyjmowane są zmiany cząsteczkowe tkanki mózgowej hamujące czynność komórek i szlaków, porażenie odruchowe naczyń mózgowych, ośrodka naczynio-ruchowego, mechaniczne zadrażnienie dna czwartej komory przez płyn mózgowo-rdzeniowy nagle wyparty z komór górnych. W lekkich przypadkach w. m. według *Martlanda* powstaje tylko shock hydrauliczny dla neuronów wskutek rozciągnięcia przestrzeni okołoneuronowych.

Breslauer uzyskiwał w doświadczeniach na zwierzętach natychmiastową utratę przytomności z objawami w. m. przez nagłe podniesienie ciśnienia w tylnej jamie czaszki, zwłaszcza jednak na pień i rdzeń przedłużony. Wnioskuje stąd, że przy ostrym ucisku mózgowym i w. m. utrata przytomności jest ogniskowym objawem ze strony rdzenia prze-

dłużonego. Spostrzeżenia kliniczne chorych z wolnym cysticercus w czwartej komorze, kiedy przy szybkim i silnym ruchu głowy chory nagle traci przytomność, też przemawiałyby za tem ujęciem. W tem świetle w. m. miałoby obraz następujący: każdy uraz czaszki działa przy dostatecznej sile przez czaszkę na mózg, na który przenoszą się ruchy określane jako drgające; powstają nieznaczne lecz typowe zmiany w naczyniach i tkankach, oraz wahania ciśnienia krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego; przy zadziałaniu na pień lub rdzeń przedłużony natychmiast powstaje w. m., na inne odcinki mózgu nie powstaje lub dopiero przy znacznie cięższych uszkodzeniach; oddziaływanie to można określić jako ostry ucisk na wrażliwe miejsca mózgu, od siły urazu zależy, czy powstanie długotrwałe porażenie tych okolic z zejściem śmiertelnem, czy też tylko szybko przemijające porażenie lub ich podrażnienie. Zrozumiałem się staje, że w. m. szczególnie często występuje przy złamaniach podstawy czaszki, uderzeniach w całą czaszkę, podczas gdy przy rozległych ranach półkól mózgu często brak w. m.

Co się tyczy zmian anatomo-patologicznych obserwowanych po w. m. u ludzi, to spostrzeżenia są nieliczne, wobec przeważnie pomyślnego zejścia, a wytłumaczenie obrazu utrudnione jeszcze przez częste kojarzenie się ze stł. m.

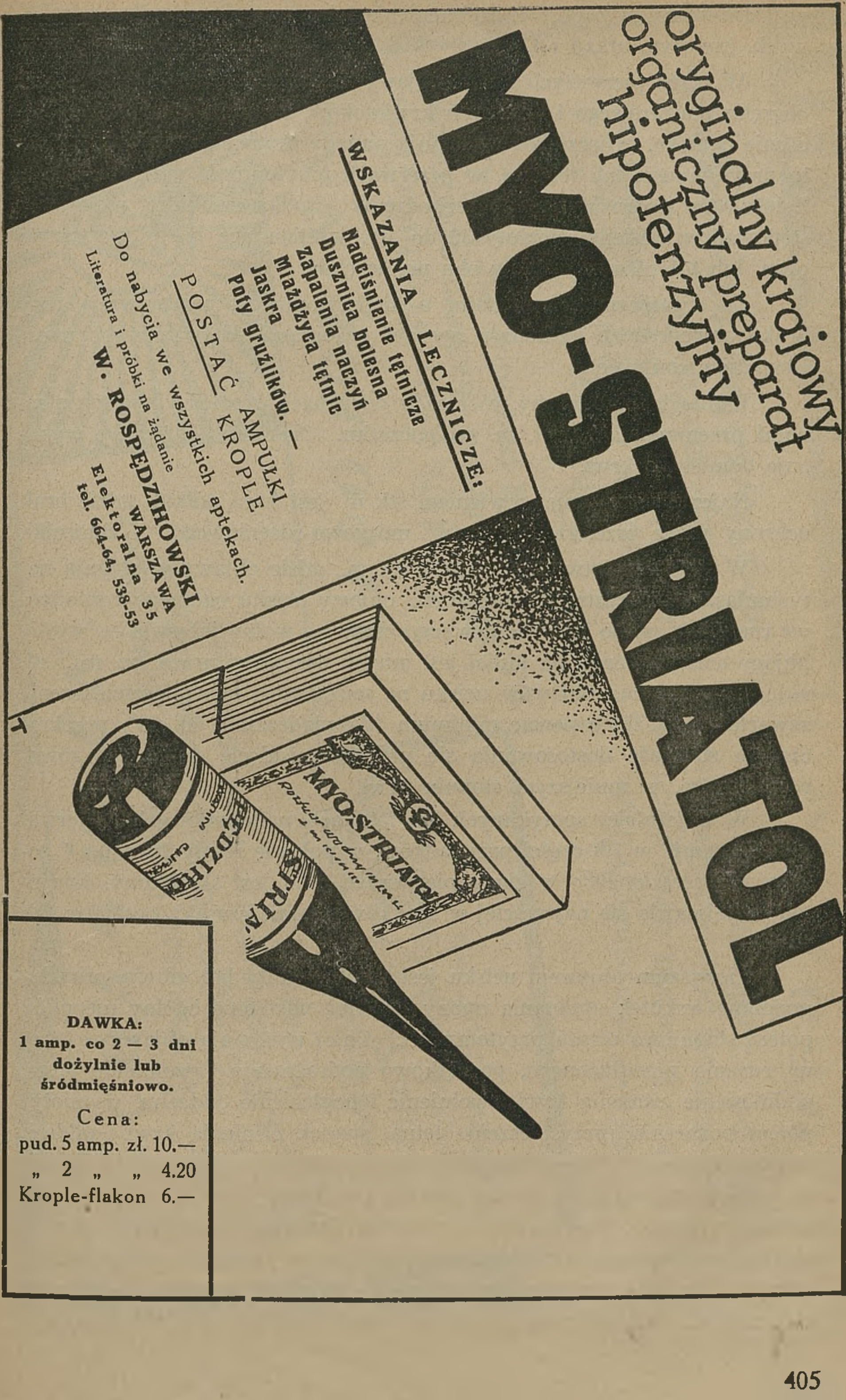
U zmarłych z powodu w. m. znajdywano liczne drobne wynaczynienia do opony miękkiej, do istoty białej mózgu, ogniska rozmiękczynowe w korze, mikroskopowo-martwicę wraz z wylewami krwi lub bez nich.

Jeśli te zmiany anatomiczne panują w obrazie sekcyjnym to jest to już mieszana postać w. m. i stł. m.

Jak już wspomniano, przeważna większość przypadków w. m. należy do lekkich, kończących się zupełnem zniknięciem objawów z wyjątkiem niepamięci wstecznej i pewnych innych następstw, w przeciwnym razie oprócz w. m. wskutek obrażenia powstało obok niego stł. m. lub ucisk m.

Stł. m. zarówno jak ucisk m. pourazowy, zależny od krwotoków wskutek uszkodzenia naczyń, najczęściej występują przy złamaniach czaszki, spotyka się je jednak i przy nienaruszonych kościach czaszki. Stł. m. może wystąpić prawie tak samo często także w miejscu przeciwległem temu, na które uraz działał, w kierunku działania siły, wskutek przeciwuderzenia (contre coup), są to ogniska stłuczenia drugiego rzędu.

O ile jednocześnie nie nastąpiło w. m., to zaznacza się odrazu wielka różnica w obrazie klinicznym. Jeśli ognisko stłuczenia nie obejmuje pnia, to przytomność zostaje zachowana i natychmiast występują zaburzenia czynności mózgu, zależnie od umiejscowienia stłuczenia — obja-



oryginalny krajowy
organiczny preparat
hipotenzyjny
MYO-STRIATOL
WSKAZANIA LECZNICZE:
Nadciśnienie tętnicze
Dusznica bolesna
Zapalenia naczyń
Miażdżyca tętnic
Jaskra
Poty gruźlików. —
POSTAĆ
AMPUŁKI
KROPLE
Do nabycia we wszystkich aptekach.
Literatura i próbki na żądanie
W. ROSPĘDZIHOWSKI
WARSZAWA
Elektoralna 35
tel. 664-64, 538-53
MYO-STRIATOL
DAWKA:
1 amp. co 2 — 3 dni
dożylnie lub
śródmięśniowo.
Cena:
pud. 5 amp. zł. 10.—
„ 2 „ „ 4.20
Krople-flakon 6.—

wy ogniskowe — w postaci podrażnienia lub porażenia nerwów czaszkowych, kończyn, afazji i t. d.

W ciągu pierwszych dni te objawy mogą narastać w zależności od obrzęku pourazowego i drobnych krwiotoków, posuwających się na otoczenie ogniska. Nierzadko występują napady drgawek Jacksona z utratą przytomności lub też bez, w przerwach przytomność wraca zupełnie. Zależnie od podrażnienia lub uszkodzenia ośrodka cieplnego, mogą występować wzniesienia ciepłoty 39 do 40°, występujące już w pierwszym dniu, lub też różnice ciepłoty obu połów ciała.

Za organicznemi zmianami u nieprzytomnego, przemawiają przy braku obwodowych uszkodzeń nerwów oczopląs i skojarzone spojrzenie (deviation conjugée).

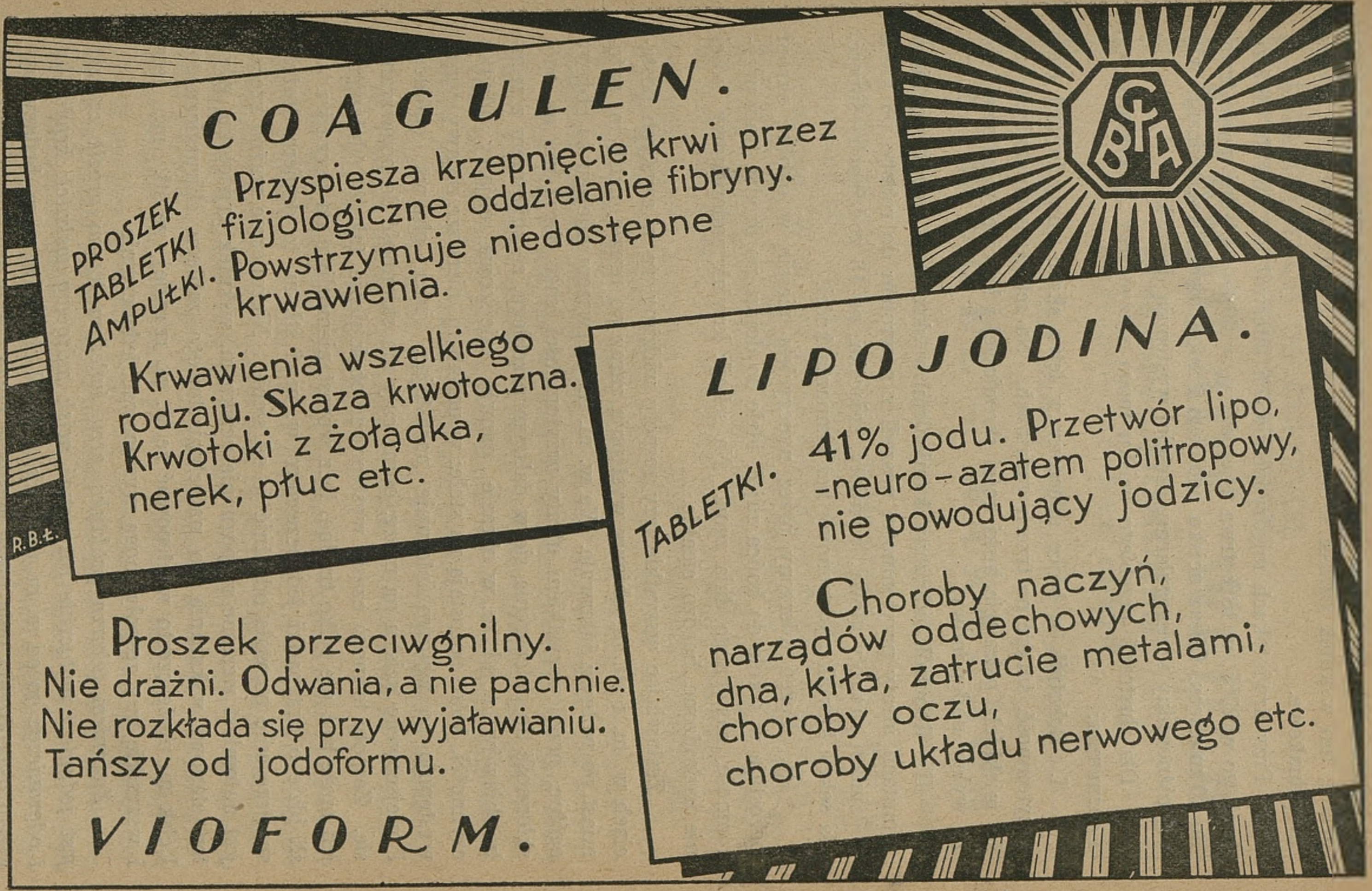
Patologiczne odruchy, różnice w odruchach pomiędzy dwoma stronami przemawiają za stł. m. od początku. Nakłucie lędźwiowe wykazuje domieszkę krwi.

Najczęstszem umiejscowieniem stł. m. jest kora półkul, gdzie brak ochrony przez przestrzenie płynu mózgowo-rdzeniowego — zbiorniki.

W przeciwieństwie do w. m. i stł. m., gdzie objawy występują natychmiast w pourazowym ucisku m., objawy ucisku ogólnego i miejscowe rozwijają się po upływie pewnego czasu — wolny interwal — występujący tem wyraźniej im mniej jest innych następstw urazu (w. m. i stł. m.). Do powstania objawów ucisku na mózg musi nastąpić zwiększenie zawartości czaszki o pewne minimum (doświadczalnie 60 cm³) przekraczające zdolność dostosowania się przez wyciśnięcie płynu mózgowo-rdzeniowego, w mniejszym stopniu krwi.

W najczęściej spotykanych krwiotokach nadoponowych interwal nie występuje w 1/9 części przypadków, w połowie reszty trwa do 6 godzin, w przeszło 90% w ciągu pierwszego dnia jest skończony. Krwiotok umiejscawia się najczęściej w środkowej jamie czaszki, potem w tylnej.

Pierwszym objawem ucisku jest często trwały ból głowy, prawdopodobnie wskutek napinania opony twardej, następnie ogólny niepokój, potem stopniowa utrata przytomności. Dalej występują objawy ze strony rdzenia przedłużonego, początkowo podrażnienia (zwolnienie tętna, podniesienie ciśnienia krwi, zwolnienie i pogłębienie oddechu, wymioty) potem porażenia (przyśpieszenie tętna, spadek ciśnienia krwi, oddech Cheyne-Stokesa). Przyśpieszenie tętna pogarsza rokowanie. Prawie w połowie przypadków można znaleźć po stronie urazu nieruchomą, szeroką źrenicę. Przy ucisku na ośrodki korowe występują objawy ucisku miejscowego w postaci podrażnienia po stronie skrzyżowanej (kurcze, drgawki, czasem wzmożenie odruchów) potem porażenia. W rzadkich przypadkach porażenia mogą wystąpić po stronie urazu



COAGULEN.
PROSZEK
TABLETKI
AMPUŁKI.
Przyspiesza krzepnięcie krwi przez fizjologiczne oddzielanie fibryny. Powstrzymuje niedostępne krwawienia.
Krwawienia wszelkiego rodzaju. Skaza krwotoczna. Krwotoki z żołądka, nerek, płuc etc.
LIPOJODINA.
TABLETKI.
41% jodu. Przetwór lipo, -neuro-azatem politropowy, nie powodujący jodzicy.
Choroby naczyń, narządów oddechowych, dna, kiła, zatrucie metalami, choroby oczu, choroby układu nerwowego etc.
Proszek przeciwgnilny.
Nie drażni. Odwania, a nie pachnie.
Nie rozkłada się przy wyjaławianiu.
Tańszy od jodoformu.
VIOFORM.
R.B.Ł.

wskutek ucisku przeciwnej strony mózgu do kości czaszki, ucisku na szlaki, lub wskutek ognisk stłuczenia. Nakłucie lędźwiowe daje wyniki niejednakowe.

Przy krwiotokach międzyoponowych interwał jest zwykle dłuższy, brak go w 27%, w 18% trwa 24 godziny, w 20% — 4 dni, może trwać do 10 miesięcy. Obraz ucisku ogólnego i miejscowego jest znacznie więcej różnorodny i nieregularny, częściej występują drgawki.

Dla ilustracji przebiegu ucisku mogą służyć trzy przykłady wg. *Lenzmanna:*

I. Robotnik w bójce uderzony w lewą skroń natychmiast traci przytomność, śmierć po trzech godzinach. Na sekcji: podbiegnięcie części miękkich, pęknięcie łuski kości skroniowej i kości ciemieniowej, duży wylew nadoponowy.

II. Robotnik uderzony kamieniem w skroń, — upadł, po kilku minutach utraty przytomności poszedł z powrotem do roboty, po kilku godzinach zawroty głowy, wymioty, śpiączka, po 16 godzinach—śmierć. Na sekcji krwiak nadoponowy bez złamania kości.

III. Uczeń uderzony przez nauczyciela pięścią w okolicę skroni pozostaje w szkole do końca zajęć, idzie do domu, po drodze traci przytomność, następnego dnia zgon. Na sekcji: krwiak nadoponowy, kości nie uszkodzone, bardzo cienkie.

Zestawiając wszystkie trzy zespoły widzimy, że w czystych postaciach w. m. i stł. m. objawy występują zaraz po urazie, ucisk m. natomiast po wolnym interwale. We w. m. na pierwszem miejscu są objawy ogólne, przedewszystkiem utraty przytomności, cały obraz ma na ogół skłonność do polepszenia się w dalszym przebiegu, ze znikaniem z reguły objawów; w stł. m. w obrazie panują miejscowe objawy ubytku czynności, które pozostają na stałe; w ucisku m. pierwsze objawy często występują po wolnym interwale, narastając, jako objawy ogólnego i miejscowego ucisku na mózg, obraz cały ma skłonność do pogarszania się. Zespoły te mogą często występować obok siebie, tak, że odróżnienie ich może być nie tylko trudne, lecz wprost niemożliwe na początku. Jeśli idzie o przypadki jednoczesnego w. m. i stł. m. to dopiero dłuższe spostrzeganie pozwala odróżnić je od siebie. Niezmiernie ważną rzeczą jest natomiast wczesne rozpoznanie ucisku m. wskutek krwiotoku, gdyż ten stanowi wskazania do natychmiastowego zabiegu chirurgicznego. Ucisk m. może często występować ze w. m. rzadziej ze stł. m., lecz i wszystkie trzy zespoły mogą występować jednocześnie.

Zadaniem lekarza praktyka przy świeżym tępym urazie czaszki jest jedynie i wyłącznie rozpoznać ucisk mózgowy wskutek krwiotoku i odgraniczyć go od w. m. (Schück). Zespół objawów w. m. będący wyrazem uszkodzenia pnia może wystąpić także i przy stłuczeniu tych czę-

ści mózgu, jak również przy ucisku na nie przez krwiotok. Jako główne momenty kliniczne, różnicowe mogą służyć tętno i przebieg obrazu chorobowego. W. m. i stł. m. nie wpływają w sposób charakterystyczny na częstość tętna i ciśnienie krwi, w przeciwieństwie do tego każde podniesienie ciśnienia śródczaszkowego o ile powstaje jak przy krwiotoku względnie szybko, daje w następstwie z absolutną pewnością i regularnością typowe zwolnione tętno, (Vagusdruckpuls, Vagusreizpuls — wolne, pełne, regularne, napięte, 60/min. u dzieci, 50 — 44 u dorosłych są już jaskrawe liczby, może spaść nawet do 28/min. (Payr), nie bez znaczenia jest wzniesienie ciepłoty, wtedy krzywa tętna jest wyżej).

Ten objaw jest tak wyraźny i charakterystyczny, że sam może służyć jako pewny objaw krwiotoku śródczaszkowego; ani dla w. m. i guza m., lecz tylko jedynie i wyłącznie dla ostro wzmagającego się ciśnienia jest to tętno charakterystyczne (Schück).

Drugim momentem różnicowym jest przebieg obrazu klinicznego w. m. i ucisku mózgowego, które się sobie przeciwstawiają. Graficznie przedstawia się to według Schücka:

W spostrzeganym niedawno przypadku wstrząśnienia mózgu u 22 letniej pracownicy szpitala, utrata przytomności trwała prawdopodobnie kilkanaście minut, w pierwszym dniu po jej odzyskaniu ciepłota do 38,2°, kilkakrotne wymioty, bóle głowy (rana tłuczona potylicy). W drugim dniu ciepłota rano 37,4°, jeden raz wymioty, w chwili badania 37,0°, tętno 80/min. silne bóle całej głowy, niepokój ruchowy — chora ani chwili nie leży spokojnie, ciągle się przewraca i zmienia położenie. Badanie wykazało bardzo żywe odruchy ścięgniste, skórne i okostnowe, brak odruchów patologicznych. Po paru godzinach wymoity, tętno 66/min., pozatem bez zmian. Po podaniu dożylnem 100 cm³ 40% roztczynu cukru gronowego tętno 78/min., chora znacznie spokojniejsza

samopoczucie ogólne lepsze. Została skierowana na oddział chirurgiczny z powodu braku opieki w domu.

Liczba przypadków, które muszą być operowane natychmiast z powodu ucisku mózgowego przez krwiotok jest niewielka (Schück, Vulliet). Nawet przy złamaniu podstawy czaszki, często występującego ze w. m., zabieg jest wskazany tylko wtedy, gdy na pierwszym planie stoi narastający ucisk m., samo złamanie dla uszkodzenia mózgu jest całkowicie bez znaczenia. Przy braku ścisłych wskazań *Schück* zaleca wyczekiwanie, spostrzeganie w przeciągu dwóch dni daje przeważnie rozpoznanie.

Zresztą w ostatnich czasach zachowawcze leczenie zamkniętych obrażeń mózgu znajduje coraz szersze podstawy. Nawet wzmożenie ciśnienia śródczaszkowego samo przez się nie jest uważane za wskazanie do zabiegu, gdyż może być z dobrym skutkiem opanowane przez odwodnienie istoty mózgowej za pomocą dożylnego podawanie rozczynów hypertonicznych i przez ostrożne nakłucia lędźwiowe. To leczenie zapoczątkowane zostało przez Peeta w roku 1925, późniejsze zastosowanie dało znaczne polepszenie ogólnych wyników w porównaniu do poprzednich. Obecnie stosuje się przeważnie cukier gronowy w rozczynie 40—50% w ilości 80 — 100 cm^3. *(Lobenhoffer, Vich)* chociaż niektórzy autorzy zachowują rezerwę, *(Ranzi)*. Zabieg jest zupełnie nieszkodliwy i może być powtarzany. Samo wykonanie jest bardzo proste i może być uskutecznione nawet w praktyce prywatnej, rozczyn w ampułce musi być oczywiście ogrzany, wstrzykiwanie należy dokonywać wolno. Wskazanie do podania rozczynu cukru jest przedewszystkiem zaraz po urazie, wpływa to dodatnio na wstrząs i dostarcza środka odżywczego; drugie wskazanie jest wtedy gdy zaznaczać się zaczyna zwolnienie tętna (Druckpuls). Według *Lobenhoffera,* jeśli tętno reaguje na podanie rozczynu cukru, to jest to oznaką, że brak jest większych, uciskających krwiotoków, że to postępowanie może być nadal stosowane i wstrzykiwanie powtórzone przy nowem zwolnieniu tętna. Można więc stąd wyciągać wnioski rozpoznawcze. Jeśli reakcji tętna brak, zwłaszcza jeśli i nakłucia lędźwiowe nie dają poprawy, to obrażenie mózgu jest bardzo ciężkie, lub też istnieje ognisko uciskające.

Vich podaje, iż stosował 40% cukier gronowy po 100 cm^3 dożylnie, ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego spadło w jednym przypadku z 340 mm. na 230 mm. w ciągu 20 minut, w drugim z 300 mm. na 165 mm. po 23 min.

W ogólnem leczeniu w. m. postępowanie zależy od ciężkości przypadku.

W lekkich zbyteczne są jakieś większe zabiegi, gdyż przebieg ich jest pomyślny. Wystarczy zalecić spokój fizyczny i psychiczny przy

lekkiej djecie, stary przepis brzmi — trzy tygodnie pobytu w łóżku. Jest to bardzo ważne, gdyż dalszy przebieg choroby nie może być przewidziany z całą pewnością, nowe dodatkowe, chociażby drobne urazy przed całkowitym ustąpieniem starych objawów mogą powodować powstanie ciężkich objawów. *Hoff* zaleca podawać cukier gronowy obok epiglandolu, powoduje to szybkie znikanie bólów głowy; epiglandol hamuje wytwarzanie płynu mózgowo-rdzeniowego.

W przypadkach ciężkich dużo uwagi zwrócono być musi na krążenie i oddychanie, do podtrzymania których w razie potrzeby mamy znany szereg środków farmakologicznych i zabiegów (kofeina, kamfora, strychnina, adrenalina, masaż serca, wlewanie soli fizjologicznych, lobelina, sztuczny oddech i inne). Bardzo ważnem jest zapewnienie choremu ciepła (ciepłe łóżko, ciepłe okrycie, butelki z gorącą wodą i t. d.). Dłuższy transport nie jest pozbawiony niebezpieczeństwa, w doświad-

czeniach na zwierzętach stwierdzono, że długo trwające choć lekkie wstrząsania czaszki sprzyjają powstawaniu objawów w. m. Przed transportem *Lobenhoffer* radzi podać cukier. Nawet ciężkie przypadki obrażeń mózgu mogą być według niego leczone w domu przy odpowiednich warunkach, jak dobra opieka, łatwość komunikowania się z lekarzem, a zwłaszcza wobec dobrych wyników leczenia zachowawczego. Uwaga ciągle powinna być skierowana w kierunku dwóch podanych wyżej wg. *Schücka* różnicowych momentów klinicznych, które upraszczają rozpoznanie, uwalniając je od skomplikowanych czynników dodatkowych i mają wielką wagę dla urazów czaszki.

Znaczenie nakłucia lędźwiowego w leczeniu w. m. jest podnoszone głównie przez amerykańskich autorów. Dotychczas istniała obawa, że przy szybkiem wypuszczaniu płynu może nastąpić wtłoczenie zawartości tylnej jamy czaszki do foramen occipitale wskutek różnicy ciśnień w jamie czaszki i w kanale rdzeniowym z ostrym porażeniem oddechu w następstwie tego. Nakłucie stosowano do celów rozpoznawczych. *Lobenhoffer* nie radzi dokonywać nakłucia lędźwiowego przed upływem 48 godzin od chwili urazu, przed zabiegiem lepiej jest podać cukier gronowy. Autorzy amerykańscy radzą wypuścić tyle płynu, by ciśnienie spadło o połowę nie niżej jednak 130 mm. *Vich,* stosując tę metodę—nie potrzebował wypuszczać ponad 20 cm^3. Wypuszczać płyn należy wolno, szczególnie przy wysokim ciśnieniu. Nakłucia lędźwiowe można powtarzać, lecz jeśli po pierwszem nie było zmiany objawów uciskowych, należy przypuszczać krwiak, zwłaszcza jeśli przy objawach ucisku ciśnienie płynu mózgowo rdzeniowego jest niskie.

PIŚMIENNICTWO.

Gerhartz H. D. Ztschr. f. Nervenheilkunde. 1931 B. 120 str. 10.
Haase. E. N. D. Klinik T. III str. 670, 680.
Hoff H. Ztschr. f. d. Ges. Neurol. und Psychiatrie 1930 B. 129 str. 583 590.
Kappis M. Allgem. und Spez. Chir. Diagnostik. 1924.
Lenzmann R. Patol. i terap. bolezn. sost. wnlzap. ugroż. żizni. 1912.
Lobenhoffer. Ztschr. f. Aerztl. Vortbildung. 1932. Nr. 1 str. 14, 16.
Mann L. D. med. Wschr. 1931 Nr. 52 str. 2172, 2175.
Martland S. J. A. m. Ass. 1928, 15 pg. Gerhartza.
Meixner K. W. Klin. Wschr. 1932, Nr. 16. str. 485, 488.
Nehrkorn A. Ztschr. f. Aertzl. Vortbildung. Nr. 3 str. 76—78.
Payer E. i Sonntag E. w Lehrb. d. Spez. Chirurgie. J. Hochenegg i E. Payr 1927.

Ranzi E. i Huber P. W. klin. Wschr. 1932. Nr. 16. str. 481.
Schück F. Med. Klinik. 1930. Nr. 7. str. 226—228.
Vich J. Casopis lékaru ceskych. 1930. Nr. 12. str. 456—458.
Vulliet H. Presse med. 1929. Nr. 81. str. 1313.
Wachholz L. Med. Sądowa. 1925.

Dr. A. KICIŃSKI (Warszawa).

O GRUŹLICY JELIT.

Gruźlica jelit w olbrzymiej większości wypadków jest sprawą wtórną, dołączając się do postępującej lub zaawansowanej gruźlicy płuc, Jako schorzenie pierwotne występuje bardzo rzadko i to prawie wyłącznie u dzieci lub u osobników w wieku młodocianym. Na podstawie nowych spostrzeżeń *W. Wolf* twierdzi jednak, że sąd o rzadkości pierwotnej gruźlicy jelit jest mylny, zgadza się przytem, że rozpoznanie tej sprawy intra vitam jest bardzo trudne a często niemożliwe.

Opisy kliniczne pierwotnej gruźlicy jelit są bardzo ogólnikowe. Przytoczę tylko że np. *Lust* podaje następujący zespół objawowy: długotrwałe biegunki, bóle brzucha, stany gorączkowe przy ujemnym wyniku badania przewodu jelitowego obmacywaniem. Dodatni wynik badania przedmiotowego daje charakterystycznie umiejscowiona gruźlica okolicy krętniczo-kątniczej (tuberculosis ileocoecalis) w postaci guza zapalnego. Nie trzeba podkreślać, że tego rodzaju zespół chorobowy jest wieloznaczący. Pewne prawdopodobieństwo odnośnie do rozpoznania daje środowisko chorego (chodzi tu prawie zawsze o dzieci) kontakt, istnienia możliwości zakażenia się na drodze pokarmowej (mleko krów z perlicą) i t. p. Rzecz jasna, że o rozpoznaniu może zadecydować obecność prątków Kocha w kale co zdarza się jednak wyjątkowo (*Sokołowski, Leube* i inni).

Wtórna gruźlica jelit.

Według *Louisa* 5/6 chorych na gruźlicę płuc zapada na gruźlicę jelit. Zakażenie przewodu kiszkowego następuje najczęściej drogą pokarmową przez połkniętą, często bezwiednie, plwocinę zawierającą prątki gruźlicze. Droga krwiobiegu znacznie mniej wchodzi w rachubę *(Collet)* jako również zakażenie jelit na drodze naczyń chłonnych. *Collet*

wypowiada przypuszczenie, że w patogenezie gruźlicy jelit pewną rolę odgrywa miejscowe usposobienie wywołane przebytem cierpieniem jelit innej natury np. nieżytem, durem brzusznym i t. p.

Z punktu widzenia anatomo-patologicznego, jak wiadomo, rozróżnia się dwie postaci gruźlicy jelit: wrzodziejącą i o charakterze przewlekłego guza zapalnego.

Ze stanowiska klinicznego ważnem jest pozatem i umiejscowienie sprawy swoistej.

Najbardziej przyjętą jest następująca klasyfikacja gruźlicy jelit. (*Domarus*).

1^0 Enteritis et enterocolitis ulcerosa tuberculosa.

2^0 Tuberculosis ileocoecalis tumoroides.

3^0 Proctitis ulcerosa tbc.

Wrzodziejąca gruźlica jelit (enteritis ulc. tbc).

Zakażeniu ulegają zwykle najpierw mieszki samotne, które w ośrodkowych swych częściach szybko wykazują zserowacenie. Powstały w ten sposób ubytek rozszerza się na swym obwodzie, dając owrzodzenie o znamiennym wejrzeniu, które przebiega okrężnie w stosunku do światła jelita. Typowe miejsce dla usadowienia się owrzodzeń gruźliczych stanowi dolny odcinek jelita krętego, a rzadko początek jelita grubego. Owrzodzenia zreguły są liczne. Znane są przypadki, w których przy badaniu pośmiertnem stwierdzono owrzodzenia rozsiane wzdłuż całego przewodu jelitowego, od dwunastnicy aż do prostnicy — enterocolitis ulcerosa tbc diffusa (*H. Lorentz*).

Wrzodziejąca postać gruźlicy jelit występuje jako odległe powikłanie czynnej gruźlicy płuc, według *Sokołowskiego* w 50 — 70% wszystkich przypadków. Początkowy okres choroby jest klinicznie bardzo trudny do uchwycenia, gdyż często nie zdradza się nawet objawami podmiotowymi. Z drugiej strony częstym jest zespół, znany jako dyspepsia phthisica, w postaci odbijań, nudności, wymiotów i bólów

brzucha. Zjawienie się biegunek również nie rozstrzyga sprawy, bo mogą być one natury toksycznej (enterocolitis tuberculo-toxica). Pozatem znanym jest fakt, że gruźlicy łatwo zapadają na zwykłe, nieżyty jelitowe *(S. Sterling).* Uporczywe jednak i częste biegunki, oporne na odpowiednie leczenie djetetyczne i farmakologiczne wzbudzają już duże podejrzenie na gruźlicę jelit. Rozpoznanie zyskuje już na pewności, gdy do objawów jelitowych dołącza się szybko postępujące chudnienie, upadek sił i wtórna niedokrwistość, składająca się na obraz charłactwa gruźliczego. Według *W. Wolfa* stwierdzenie prątków Kocha w kale teoretycznie jest mało znaczące wobec możliwości pochodzenia ich z połkniętej plwociny, praktycznie jednak prawie zawsze dowodzi gruźlicy jelit.

Bóle, jeśli występują, mają charakter kolki i umiejscowione są w okolicy pępka i prawego talerza biodrowego. Stolce przeważnie płynne, cuchnące ze źle strawionemi resztkami pokarmowemi (lienteria) mikroskopowo wykazują często ciałka ropne i krwinki czerwone. Czasami stwierdza się utajone krwawienia.

Powikłania.

1° *Ostre rozlane zapalenie otrzewnej* (Peritonitis perforativa) wskutek przebicia się owrzodzenia do jamy otrzewnowej występuje stosunkowo bardzo rzadko. Drążeniu owrzodzenia wgłąb przeciwstawia się mięśniówka jelita, a z drugiej strony po pokonaniu tej zapory występuje odczynowe zapalenie surowicówki, które doprowadza do sklein i zlepów z siecią, krezką i t. p. co znakomicie zmniejsza niebezpieczeństwo zakażenia całej jamy otrzewnowej.

2° *Krwotok jelitowy* (enterorrhagia) o charakterze śmiertelnym zdarza się również rzadko. Zwykle dochodzi do okresowych, krótszych krwotoków wskutek nadżarcia małych naczyń.

3° *Zwężenie jelit* (Stenosis intestinorum) powstaje wskutek bliznowacenia owrzodzeń, co doprowadza do zmniejszenia się światła jelitowego nierzadko w kilku miejscach. Jako wyraz zwężenia mogą zjawiać się napadowe bóle połączone ze wzdęciem (objaw Koeniga), ustępujące z chwilą zjawienia się kruczenia (borborygmi). W razie istnienia kilku zwężeń, objaw ten występuje parokrotnie (coliques étagées de Koeberlé).

Tuberculosis ileocoecalis tumoroides

Anatomo-patologicznie rozróżnia się wg. *Conratha* dwie postaci: 1° podsurowicówkowa, 2° śluzówkowo-podśluzówkowa.

W pierwszej postaci sprawa swoista bierze swe źródło z gruźlicy gruczołów okolicy krętniczo-kątniczej. Po zajęciu błony surowiczej, proces gruźliczy, któremu towarzyszy wybitny rozwój tkanki łącznej, przechodzi na podsurowicówkę, a stąd już bardzo powoli przenika dalsze warstwy ściany jelita w kierunku jego światła.

W drugiej postaci anatomopatologicznej t. zn. śluzówkowo-podśluzówkowej, pierwotną sprawę stanowi owrzodzenie gruźlicze śluzówki z którego sprawa zapalna przechodzi stopniowo na inne warstwy ściany jelita, doprowadzające w ten sposób również do wytworzenia się guza zapalnego.

Wytwarzanie się tkanki łącznej bliznowatej w obu tych postaciach jest tak obfite, że *Kundrat i Billroth* rzucili słuszne pytanie co w tej sprawie jest pierwotnem, czy nadmierne wytwarzanie się tkanki bliznowatej, czy zakażenie gruźlicze. *Richter* skłonny jest przypuszczać, że gruźlica dołącza się wtórnie do istniejącego przewlekłego zapalenia kątnicy (Typhlitis chronica). Zdaniem *Fraenkla* o nadmierny rozwój tkanki bliznowatej należy obwiniać zakażenie mieszane.

Początkowe objawy tej przerostowej postaci gruźlicy jelit nie mają w sobie nic znamiennego. Z czasem zjawia się zaparcie jako objaw zaznaczającego się zwężenia jelita, wreszcie bóle umiejscowione w okolicy prawego talerza biodrowego i stawianie się jelit, wskutek postępującego zwężenia. Jako przyczynę zwężenia, badanie przedmiotowe wykazuje guz we wspomnianej okolicy, początkowo dający się przesuwać, potem zupełnie nieruchomy. Guz ma zwykle kształt walcowaty, różnej wielkości, o powierzchni gładkiej lub nierównej i jest spoisty, niebolesny.

Badanie rentgenologiczne może do pewnego stopnia uzupełnić obraz kliniczny (objaw *Stierlina* — masa kontrastowa wypełnia jelito kręte, poprzecznicę i zstępnicę podczas gdy kątnica i część okrężnicy wstępującej są puste z powodu szybkiego przechodzenia treści kontrastowej).

Proctitis ulcerosa tbc.

W rzadkich przypadkach nie daje dolegliwości podmiotowych. Zreguły występuje bardzo bolesne parcie na stolec. Wypróżnienie zwykle śluzowo-ropne. W następstwie zakażenia sąsiadujących gruczołów chłonnych dochodzi do wytwarzania się ropni zimnych, a które zkolei dają przetoki (Fistulae ani et recti).

Dr. Med. R. SETTANNI.

GRYPA I ANGINA

objawy, przebieg choroby, groźne następstwa i powikłania pochorobowe.

Wśród bardzo wielu schorzeń, mających związek przyczynowy z tak zwanem „przeziębieniem" do najgroźniejszych i najczęściej spotykanych należy grypa i angina. Schorzenia te występują w zmiennych warunkach atmosferycznych naszego, naogół chłodnego klimatu, niejednokrotnie nagminnie. Poza epidemjami, obejmującemi dużą część ludności państwa, często spotykamy się z przypadkami, nieprzybierającemi rozmiarów schorzenia zbiorowego. W przypadkach tych daje się zawsze niemal ustalić łączność z uprzednią niepogodą, słotą oraz ostremi zmianami temperatury.

Przeziębienie bowiem stwarza dogodne warunki, sprzyjające rozwojowi bakterji chorobotwórczych, pasorzytujących uprzednio w ustroju ludzkim, które obniżają wrodzoną lub nabytą odporność ustrojową w walce z czynnikiem chorobotwórczym.

Objawy tak zwanego przeziębienia dotyczą przeważnie zajęcia dróg oddechowych, mięśni, kości, układu nerwowego, nierównie rzadziej przewodu pokarmowego. Przebieg schorzenia bywa różnolity, często tak lekki, że chorzy nie przerywają swych zajęć codziennych. W przypadkach jednak nawet najlżejszych mogą wystąpić powikłania, nieraz ciężkie, grożące życiu chorego i wymagające natychmiastowej pomocy lekarskiej.

Najczęściej spotykane zapalenie błony śluzowej krtani i jamy nosowo-gardzielowej może stać się groźnem dla życia chorego.

Z błony śluzowej jamy nosowo-gardzielowej sprawa zapalna może łatwo przenieść się na zatoki szczękowe i czołowe. Zapalenie tych zatok jest kłopotliwe w leczeniu i przykre dla chorego, wywołuje bowiem uporczywe bóle. Z nierównie rzadziej spotykanych powikłań wymienić należy zapalenie ucha środkowego, wsierdzia i opon mózgowych.

Tak często spotykana grypa, nawet w przypadkach przebiegających łagodnie, może mieć zejście katastrofalne z powodu powikłań, z których najbardziej niebezpiecznem jest odoskrzelowe zapalenie płuc, występujące często u osobników przemęczonych, starców i dzieci. Rokowanie w tem schorzeniu należy stawiać nader oględnie. Przebieg bowiem grypy zależy od całego szeregu czynników, między innemi od skuteczności działania i zapobiegania tym powikłaniom.

Angina jest schorzeniem, występującem bądź jako cierpienie samoistne, bądź też jest powikłaniem lub objawem innych chorób zakaźnych, jak błonica, płonica, odra i t. p.

Z powikłań anginy najważniejszemi są zajęcia nerek oraz zapalenie wsierdzia, to ostatnie prowadzi niemal zawsze do organicznych wad serca.

Zaznaczyć należy, że ostry gościec stawowy, wywołany przez zarazek jeszcze nieznany, wiążą badacze z przeziębieniem. Zjawiska z przeziębienia mogą uczynnić gruźlicę oraz wywołać, zwłaszcza u dzieci, katary, bóle głowy, osłabienie ogólne, brak apetytu, stany podgorączkowe, anemję i tym podobne niedomagania.

Widzimy więc, że przeziębienie daje nietylko możność przekształcenia w postać chorobotwórczą bakterji, pasorzytujących w ustroju, lecz ułatwia również rozwój zarazków, przenikających do ustroju z zewnątrz. Za wrota przenikania drobnoustrojów chorobotwórczych do ustroju należy uważać jamę ustną oraz górny odcinek dróg oddechowych. Stosowane zazwyczaj pędzlowania i płukania gardzieli nie są w stanie zniszczyć zarazków.

Dlatego też w leczeniu chorób z przeziębienia powinny być brane pod uwagę tylko te środki, które, przenikając do krwiobiegu, mogą skutecznie zwalczać zarazki, jakie się przedostały i rozwinęły w ustroju oraz te czynniki lecznicze, które są zdolne wzmocnić odporność ustroju w walce ze schorzeniem.

PRZECIWDZIAŁANIE — LECZENIE CHORÓB Z PRZEZIĘBIENIA.

Profesor Veilhenblau, opierając się na wyniku badań, przeprowadzonych podczas epidemji grypy, jaka w r. 1918 przeszła nad Europą, twierdzi, że „leczenie grypy winno polegać na podawaniu chininy, którą uważa za lek wybiorczy w tem cierpieniu". Spostrzeżenia Veilchenblau'a potwierdzone zostały przez cały szereg wybitnych epidemjologów, znanych profesorów-lekarzy, jak: Kajser'a, Reha, Nesner'a i wielu innych. Badania nad korzystnym wpływem chininy na przebieg grypy przeprowadzili w Polsce doktorzy Herwich i Peker. Podług tych autorów chinina posiada własności nietylko bakterjobójcze, lecz wzmaga ona również wyraźnie ogólną odporność organizmu. Za twierdzeniem tem przemawiają nader korzystne wyniki stosowania tego leku w innych schorzeniach, jak zapalenie płuc, koklusz, gruźlica i t. p. Podług Kaczyńskiego — „działanie chininy w chorobach, powstających

z przeziębienia, należy upatrywać przez wpływ jej na ogólną przemianę materji i wzmożenie odporności całego organizmu", gdyż chinina jest w całem tego słowa znaczeniu czysto naturalnym leczniczym środkiem roślinnym, a nie syntetycznym lub narkotycznym i nie posiada ona absolutnie żadnych ujemnych, czy też szkodliwych — szczególnie dla serca — własności Chinina od trzech wieków jest stosowana w bardzo wielu cierpieniach, zawsze z pożądanym i pewnym skutkiem. Fluderski. mówiąc o środkach leczniczych, najczęściej stosowanych w chorobach, powstających z przeziębienia, podaje, że „obok przetworów salicylowych znajduje się od prawie 300-tu lat w użyciu chinina, zawarta w korze drzewa chinowego, jako produkt naturalno-roślinny o gorzkim smaku, który to środek daje doskonałe i pewne w tych chorobach wyniki przy podawaniu doustnem", zaznacza przytem, że „Ostatnio ukazała się w sprzedaży chinina w postaci perełek — pigułek pod nazwą pigułki „Original" (Chinin—Pulver—Pillen „Original"), które są zabezpieczone przed gorzkim smakiem delikatną warstewką cukru, mającego również bardzo poważne znaczenie lecznicze".

Badania Fritza Johannesohn'a, Lereboullett'a i wielu innych autorów oraz cały szereg prac doświadczalnych, przeprowadzonych w Instytucie Naukowym Międzynarodowej Konwencji Chininowej wykazały, że stosowanie najczystszego siarczanu chininy w dawkach mniejszych, począwszy od pięciu setnych grama (0,05) wpływa korzystniej i daje znacznie lepszy wynik, niż stosowane uprzednio podawanie dawek większych.

W szeregu prac naukowych uczonych tej miary, jak: Wasermann, Binz, Köver, Klotz, Moll i inni poświęcają specjalną uwagę stosowaniu siarczanu chininy w krztuścu i różnych chorobach u dzieci. Badacze ci podawali chininę nawet niemowlętom, przyczem u żadnego z nich nie

stwierdzili jakichkolwiekbądź powikłań pochorobowych. Chinina więc jest nader cennym środkiem leczniczym, mającym zastosowanie nietylko u dorosłych, lecz i w leczeniu osesków (niemowląt).

ZAPOBIEGANIE
(profilaktyka)

Prócz prawidłowego i racjonalnego leczenia grypy, anginy i innych schorzeń z przeziębienia, niezwykle doniosłe znaczenie ma zapobieganie:

1) w okresie rekonwalescencji po przebytej grypie, anginie, bądź też innych schorzeniach z tak zwanego „przeziębienia".
2) we wszystkich wypadkach, gdy możemy być narażeni na jedną z tych chorób, a więc w okresie wahań temperatury na wiosnę i na jesieni, jak również w podróży, podczas wyjazdów do wód, w góry lub nad morze, gdzie wskutek zmiany warunków klimatycznych organizm ludzki jest bardzo podatny na przeziębienie.

Pozornie wydawałoby się, że z chwilą gdy zastosowany środek leczniczy odniósł już pożądany skutek, stan chorobowy ustąpił zupełnie. Bardzo często jednak po tem pozornem wyleczeniu, w okresie rekonwalescenji, może wystąpić wskutek czynników różnorakich nawrót całej sprawy, przyczem przebieg schorzenia bywa zazwyczaj nierównie cięższy, zagrażając niekiedy nawet życiu chorego.

Wiemy również, jak częstemi są przypadki zachorzenia na skutek przeziębienia w okresie turystycznym i wypoczynkowym, po kąpielach oraz podczas wycieczek w góry i nad morze.

Stwierdzić należy, że zarówno w czasie rekonwalescencji, jak również w celu zabezpieczającym zdrowie podczas wycieczek, doskonałe wyniki uzyskujemy przez stosowanie zapobiegających dawek najczystszego siarczanu chininy, znajdującego się w pigułkach „Original", (Chinin—Pulver—Pillen „Original").

REFERATY Z CZASOPISM OBCYCH.

Dr. BRATUSCH — MARRAIN

CHOROBY ZAKAŹNE (Zapobieganie i leczenie)

W. kl. Wschrift 1932. Nr. 13.

Z dziedziny chorób zakaźnych, autor porusza tylko kilka szczególnie ważnych i aktualnych zagadnień.

Odra. Zapobieganie polega tu na wstrzykiwaniach surowicy krwi ozdrowieńców względnie krwi lub surowicy osób dorosłych. Jeżeli wstrzyknie się osobnikowi w pierwszych czterech dniach inkubacji odry 5 ccm surowicy krwi dziecka będącego w rekonwalescencji (pierwsze tygodnie) nie dochodzi zreguły do rozwoju objawów chorobowych. W 5—6 dniu należy zastrzyknąć już podwójną ilość wspomnianej surowicy (10 ccm) co może ewentualnie zapobiec powstaniu choroby. Zwykle jednak tego rodzaju zapobieganie nie odnosi już skutku, dochodzi do odry o lekkim i często bezwysypkowym przebiegu oraz o podwójnym okresie wylęgania choroby.

Ponieważ otrzymywanie surowicy krwi ozdrowieńców, a zreguły chodzi tu o małe dzieci, jest połączone ze zrozumiałemi trudnościami, należy tę seroterapję rezerwować dla osobników zagrożonych innemi cierpieniami, przedewszystkiem gruźlicą

Nagminne zapalenie opon mózgo-rdzeniowych. Zapobieganie nie daje wyników. Chorych należy odosobnić. W leczeniu największą rolę odgrywa wstrzykiwanie do kanału rdzeniowego surowicy antitoksycznej. Wyniki są tem lepsze im wcześniej surowicę wstrzyknięto. Przy wczesnem rozpoznaniu tej sprawy chorobowej u niemowląt należy mieć na uwadze, że często jedynym objawem jest uwypuklenie ciemiączka.

Zapalenie przednich komórek rdzenia.

Z punktu widzenia epidemicznego bardzo ważną rolę odgrywają nosiciele i przypadki poronne. Zapobieganie nie wiele może zdziałać. U dzieci specjalnie zagrożonych należy podać surowicę ozdrowieńców.

Leczenie zależne jest od okresu sprawy chorobowej. W początkowym okresie gorączkowym, bardzo trudnym do rozpoznania, należy

wstrzyknąć dużą dawkę surowicy ozdrowieńców. Rezultaty są jednak wątpliwe. W okresie porażeń i po spadku ciepłoty stosuje się elektroterapję. Przykurczom zapobiega się stosując ruchy bierne i szyny. Porażenia trwające dłużej niż rok wymagają leczenia ortopedycznego.

O działaniu dużych dawek koraminy przy zatruciach.

W. H. Crohn M. Kl. 1932, Nr. 35.

Jeżeli po dożylnem wstrzyknięciu 15 ccm koraminy dożylnie nie stwierdza się wpływu na ośrodek oddechowy (pogłębienie oddechu) rokowanie jest zupełnie niekorzystne. Według doświadczenia autora ma to wtenczas miejsce, jeżeli między zażyciem trucizny a zastrzykiem koraminy upływa dłuższy przeciąg czasu (12 — 18 godzin).

——:o:——

DR. DIM. BONTSCHEW. *Novurit jako lek moczopędny*". Z uniwersyteckiej kliniki lekarskiej w Sofji.

Bułgarska Klinika Nr. 6. 1929.

Novurit badano odnośnie do jego działania moczopędnego na 45 przypadkach (150 zastrzyków) w ciągu 6 miesięcy. Większość przypadków stanowili chorzy z niedomogą serca. Pozatem stosowano go w marskości wątroby, ziarnicy złośliwej, niedomodze wielogruczołowej, w zakrzepowem zapaleniu żyły udowej i w podostrym gościu stawowym. Okazało się, że Novurit jest silnym środkiem moczopędnym, którego zaletę stanowi brak własności kumulacyjnych i objawów ubocznych.

——:o:——

LYON MEDICAL, No 38, 1931, str. 332.

Mounier-Kuhn, na posiedzeniu towarzystwa otorinolaryngologicznego, w Lyonie, podaje do wiadomości o swoich doświadczeniach z Percainą i podnosi to, że Percaina w trwałości i szybkości działania, przewyższa wszelkie inne podobne preparaty. Do znieczulań nasiękowych

używa wyłącznie roztworów 2 promille; do znieczulania błony śluzowej używał początkowo 1%-go roztworu z dodatkiem 10% gliceryny jako środka konserwującego.

Ponieważ jednak nie we wszystkich przypadkach skutek był dostateczny, zaczął stosować roztwory 2%-we. Połączenie Percainy z efedryną nie dało zadawalniających wyników, gdyż następował obrzęk tkanek. Roztwór Bonaina wypróbowano dwoma sposobami: a) z domieszką chloralhydratu (Baer), b) z domieszką chloretonu, pierwsza modyfikacja dawała skuteczniejsze rezultaty. Przy znieczulaniu nasiękowem, uzyskano długotrwały skutek, jednakowoż nie dało się uniknąć wzupełności rozszerzenia naczyń, przez użycie Percainy z adrenaliną. Zarówno przy znieczulaniu błony śluzowej Percainą jak i przy znieczulaniu nasiękowem, zauważono o wiele lepsze gojenie się ran, aniżeli przy stosowaniu innych środków do znieczulania lokalnego. Nie zauważono żadnych ubocznych wpływów, nudności ani innych podobnych objawów.

W powstałej na ten temat dyskusji, potwierdza Robert Rendu, na podstawie własnych doświadczeń, wywody Mounier-Kuhna. Osobiście nie zaobserwował żadnych wypadków silniejszych krwawień przy stosowaniu roztworów Percainy z adrenaliną, niż przy użyciu innych preparatów do znieczulania miejscowego.

——:o:——

DUBOIS-ANDRE. *Przyczynek do badań nad jednym ze środków pobudzających serce.* (Communiqués „Knolls" pour Médecins Nr. 4, 1931 an.).

Za warunki stawiane lekowi pobudzającego serce, uważa autor zalety olejku kamforowego bez jego ujemnych stron, oraz szybkie działanie. Tym wymaganiom zdaje się najlepiej odpowiadać Cardiazol „Knoll'a".

Przy ostrych schorzeniach płuc, dychawicy oskrzelowej i zatruciach (gaz świetlny, morfina, środki nasenne) otrzymywał autor dobre wyniki, przyczem uważa kardiazol za doskonały analepticum.

——:o:——

Zawał mięśnia sercowego i dusznica bolesna.

E. Wollheim D. m. W. 1931. Nr. 15.

Objawy: ciężki, kilka godzin trwający napad dusznicy bolesnej z bólem w lewej połowie klatki piersiowej czasem bardziej umiejscowionym w nadbrzuszu, szaro-blado-sine zabarwienie skóry, miękkie i b. częste tętno ciepłota do 38°. We krwi leukocytoza z przesunięciem w lewo. Nierzadko pericarditis epistenocardica, w pojedyńczych przypadkach znaczne powiększenie wymiarów serca. Typowe zmiany w Ekg. występujące często już w ½ godziny po napadzie.

Leczenie: Zwalczanie zapaści.

Przyczynek do leczenia stanów po przebytem zapaleniu mózgu i pokrewnych schorzeń.

H. Cohn. K. W. 1932. Nr. 3.

Materjał autora obejmuje 20 przypadków; 12 przypadków uległo znacznej poprawie.

Leczenie rozpoczyna się od małych dawek atropiny podawanej w kroplach. Drogą stopniowego podwyższania dawek można dojść do 12 — 15 mlgr pro die (wielokrotność dawki maksymalnej).

Objawy uboczne są do nieuniknięcia np. porażenia akomodacji, suchość w ustach (objawy te łagodzą odpowiednie okulary i ssanie gumy do żucia).

O ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego.

A. Krecke. M. m. W. 1932. Nr. 3.

Najczęstszą przyczyną bólów brzucha jest zapalenie wyrostka robaczkowego. Wstępny objaw stanowi często ból w nadbrzuszu. Najpewniejszym objawem jest miejscowe wzmożenie napięcia mięśniowego (défense musculaire). Przyśpieszenie tętna jest również ważną oznaką Wymioty nawet jednorazowe wzbudzają podejrzenie, mimo że inne objawy mogą być niewyraźne. Leukocytoza wyżej 12.000 jest sygnałem ostrzegawczym.

——:o:——

NOTATKI TERAPEUTYCZNE.

Ze środków przeciwgorączkowych używanych w sprawach posocznicowych (sepsis) najlepsze wyniki daje *piramidon* w postaci następującej:

Rp.

Pyramidoni 1,0
Aq. dest. 100,0
Mfsol. DS. po łyżce stołowej co 3 godziny.

Antipyrina i salicyl, ze względu na łatwość wywoływania zaburzeń żołądkowych, nie są w tych przypadkach wskazane.

——:o:——

Przy biegunkach *W. Zweig* stosuje następującą kombinację:

Rp.

Bismuthi β-naphtolici (albo salicylici) 5,0
Calcii carbonici
Calcii phosphorici aa 25,0
M.D.S. po łyżeczce 3 razy dziennie po jedzeniu.

——:o:——

NOWE KSIĄŻKI

Polski Manuał Farmaceutyczny.

Redaktor Wiadomości Farmaceutycznych M-r Farmacji Fr. Herod, któremu polska literatura farmaceutyczna zawdzięcza już wiele cennych wydawnictw z zakresu nauk farmaceutycznych i pokrewnych, wzbogacił ostatnio literaturę zawodową wydaniem bardzo cennego dzieła, opracowanego przez Jana Podbielskiego i Marjana Rostafińskiego p. n. „Polski Manuał Farmaceutyczny".

Brak Farmakopei Polskiej (lekospisu), jaki dotkliwie odczuwa cały zawód farmaceutyczny z powodu nieujednostajnienia przepisów, wymaganych dla całego szeregu środków leczniczych, został poniekąd, dzięki Manuałowi temu, zażegnany.

W piętnastym roku wyzwolenia Państwa Polskiego musimy korzystać z różnych przepisów trzech b. zaborów, wobec czego często się zdarza, że lek galenowy przyrządzony w Warszawie, będzie inaczej przyrządzony w Poznaniu i jeszcze inaczej w Krakowie lub Lwowie.

Anomaljom tym mogłoby kres położyć jaknajprędsze wydanie Farmakopei Polskiej, a do tego czasu wielką przysługę okaże nam wydany z wielkim nakładem znajomości rzeczy Polski Manuał Farmaceutyczny.

Autorzy częściowo wypełniają powstałą lukę i okazują pewną pomoc na tym rozdrożu wielorakich przepisów, prócz tego postarali się. aby książka ta mogła się przydać nie tylko farmaceucie, lecz również lekarzowi i lekarzowi-weterynarji, którzy mogą się posiłkować Manuałem w swem codziennem życiu zawodowem.

Wszechstronnie i szczegółowo opracowane różne działy, jak farmaceutyczny, weterynaryjny, techniczny, kosmetyczny i inne posiadają b. dziś cenne i zarazem niezbędne przepisy.

Całość, jak wspomnieliśmy, jest opracowana z nadzwyczajną znajomością rzeczy i książka ta powinna się znaleźć w bibljotece wszystkich, którzy interesują się omawianemi wyżej działami.

Z. S.

TREŚĆ:

REDAKTOR:
w/z Dr. Med. Aleksander Kiciński

ADRES REDAKCJI:
Długa 46 m. 25 tel. 11.67-77.

WYDAWCA:
Mr. Farm. Zygmunt Sander

ADRES ADMINISTRACJI:
Złota 49 m. 2, tel. 711-55

Konto P. K. O. 19.175

Drukarnia „Antiqua", St. Szulc i S-ka, Kacza 7. Tel. 504-91.

Drukarnia „Antiqua", St. Szulc i S-ka, Kacza 7. Tel. 504-91.